UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SINDE
Investigación y Desarrollo

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

EFECTOS DEL TERREMOTO DEL CANTÓN PEDERNALES EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE LA SALUD DEL ECUADOR. ANÁLISIS DEL CASO MANABÍ.

DIRECTOR:

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes, Ph.D.

Viernes, 8 noviembre de 2018

Milagro,

Señor Doctor PhD
Ricardo Cañizares
Docente
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Presente.-

De nuestras consideraciones:

La Red Académica de Posgrados en Salud Pública RESAP, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Salud y la Organización Panamericana de la Salud se encuentran realizando una serie de Jornadas Académicas bajo el lema ***"La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca: Celebrando los 40 años de la Declaración de Alma Ata"***

Hasta la presente fecha se han realizado dos jornadas académicas, la primera en la Universidad Tecnológica Equinoccial y la segunda en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador; teniendo programada efectuarse la siguiente jornada en la Universidad Estatal de Milagro, en la Biblioteca del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) el día viernes 28 de septiembre del 2018 a partir de las 16H00 con el tema central *"**De Alma Ata a Astaná: Celebrando los 40 años de la Declaración de Alma Ata***", de conformidad a la agenda adjunta.

Con este antecedente me permito a nombre de la RESAP y de la Universidad de Milagro extenderle la más cordial invitación a participar en la mencionada jornada académica con la ***ponencia: "Sistema de Salud del Ecuador y Atención Primaria de Salud"***, de conformidad a la agenda adjunta.

Por la atención que estoy seguro dará a la presente, me suscribo reiterándole mis debidos agradecimientos.

Atentamente,

Por la Red Académica de Posgrados en Salud Pública

Econ. Rodolfo Robles Salgero MBA
Director General del Instituto de Postgrados y Educación Continua
Universidad Estatal de Milagro

De Alma Ata a Astaná
Celebrando los 40 años de la Declaración de Alma Ata

Fecha:	Viernes 28 de septiembre del 2018
Lugar:	Auditoriode la biblioteca Universidad Estatal de Milagro
Hora:	16H00 a 19H00

Agenda

16H00-16H20	Registro de asistentes
16H20-16H30	Apertura y objetivos del evento Dra. Cecilia Falconí Directora Ejecutiva Consejo Nacional de Salud
16H30-16H50	La Constitución del 2008 y los retos de la APS en el Ecuador Dra. Martha Cedeño Romero Coordinadora Zonal 5 Ministerio de Salud Pública
16H50-17H10	La APS a 40 años de la Declaración de Alma Ata Dra. Sonia Quezada OPS/OMS Representación Ecuador
17H10-17H30	Pausa-café
17H30-17H50	La Universidad Estatal de Milagro y la incorporación de la APS como eje transversal en los procesosde formación Dr. Julio Bermúdez Bermúdez Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Estatal de Milagro
17H50-18H10	APS y recursos humanos en la salud en el Ecuador Dr. Jorge Albán Villacís. CONASA - RESAP
18H10-18H30	Sistema de Salud del Ecuador y Atención Primaria de Salud PhDRicardo Cañizares Universidad Católica Santiago de Guayaquil
18H30-19H00	Foro de preguntas y respuestas Modera: Lcdo.Luis Villegas Carrera de Enfermería Universidad Estatal de Milagro
19H00	Cierre de la Jornada Académica

“SISTEMA DE SALUD DEL ECUADOR Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”

JORNADAS ACADÉMICAS ***”LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MÁS NECESARIA QUE NUNCA: CELEBRANDO LOS 40 AÑOS DE LA DECLARACIÓN DE ALMA ATA“*** RED ACADÉMICA DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA RESAP-MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA- CONSEJO NACIONAL DE SALUD -ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

NOV 9 2018

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes

ÍNDICE

- Antecedentes
- Justificación
- Objetivos
- Fundamentación
- Metodología
- Resultados
- Conclusiones

ANTECEDENTES

Proyecto: Efectos del terremoto de Pedernales en el funcionamiento del Sistema de Salud del Ecuador. Análisis del caso Chone-Manabí.

PROYECTO SINDE-UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL . 2017-2018

ANTECEDENTES

- En abril del 2016 ocurrió en la provincia de Manabí un terremoto de grado 7.6 en la escala de Richter que produjo 663 fallecidos y 6.274 personas heridas y otras afectaciones directas según reporte técnico de la Secretaria Técnica de Gestión de Riesgos del Ecuador (1)
- Afectó el funcionamiento de varias unidades de atención medica especialmente del ministerio de salud lo cual disminuyó la oferta de atención de salud en los hospitales y centros de salud.
- En Manabí se afectaron 12 de los 15 hospitales que tiene la provincia, en los que está incluido el Hospital de Chone.

JUSTIFICACIÓN

- Una buena oportunidad de analizar el desempeño de un sistema de salud de un país, es en situaciones de alta demanda, por ejemplo un desastre natural, que no solo afecta las instalaciones físicas de los hospitales y unidades de salud sino afecta al funcionamiento mismo del sistema de atención de salud.

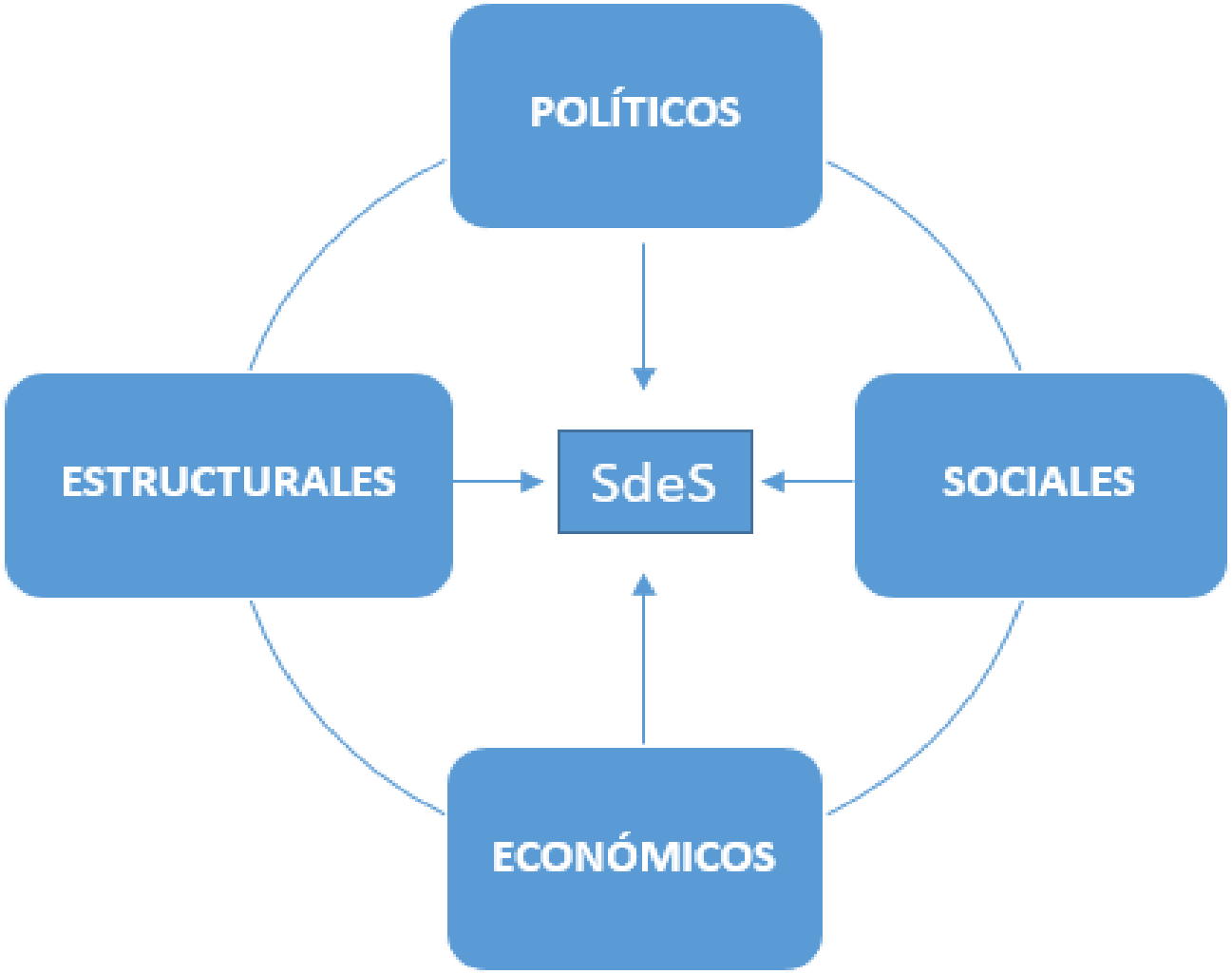
- Estudiar el efecto del terremoto de Pedernales en el funcionamiento del sistema de salud del Ecuador extrajo aprendizajes que podrían ser útiles para fortalecer las capacidades del Sistema Nacional de salud.

FUNDAMENTACIÓN

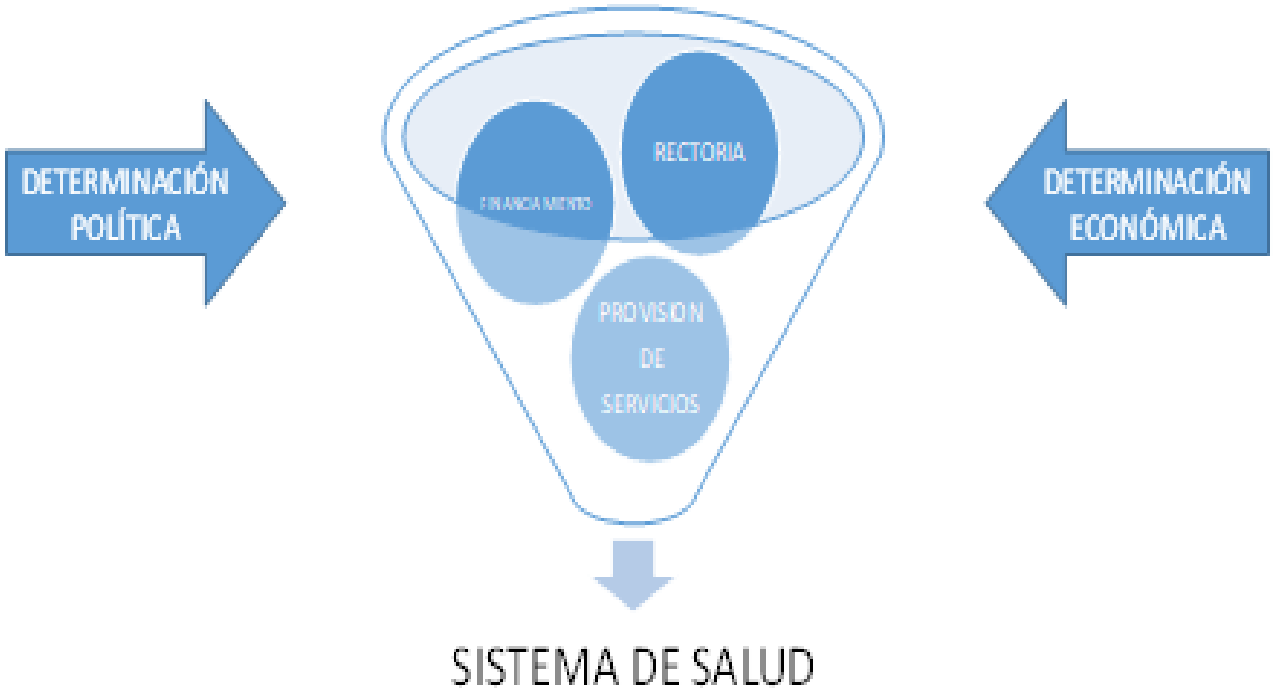
- Según la OMS, un sistema de salud esta constituido por todas las organizaciones, personas y acciones cuyo primer objetivo es el de promover, restaurar o mantener la salud. (2) Este concepto incluye además todos los esfuerzos necesarios para influir en los determinantes de la salud. (2)

- Los sistemas de salud son instrumentos sociales y su funcionamiento adecuado depende de interacciones políticas sociales y económicas de cada país (3).

- Una forma de analizar los sistemas de salud es a través de sus principales funciones : Rectoría, Provisión de servicios y Financiamiento.


POLÍTICOS
ESTRUCTURALES
SdeS
SOCIALES
ECONÓMICOS

FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD



FUNDAMENTACIÓN

La investigación en Sistemas de Salud (SS) ha ido rápidamente aumentando a nivel mundial y con métodos más rigurosos para evaluarlo. Ha ganado espacio en la agenda global académica y política. (4)

FUNDAMENTACIÓN

- Hace 40 años, los países miembros de la OMS acordaron en Alma-Ata un conjunto de principios con el propósito de proteger y promover la salud de todas las personas al señalar que la atención primaria de salud es el principio rector de todo sistema de salud integral. (5)
- Desde la Declaración de Alma-Ata en 1978, los países de la región de las Américas han registrado enormes progresos, crecimiento económico y mejoras de sus sistemas de salud.(5)

FUNDAMENTACIÓN

No obstante, aún persisten muchos retos en la región:

La pobreza y la inequidad que impiden el acceso

Los modelos de atención que son poco eficientes,

La segmentación de los sistemas de salud,

La fragmentación de los servicios,

La insuficiencia de fondos para el sector de la salud

La debilidad de la gobernanza y el liderazgo.(5)

FUNDAMENTACIÓN

Los planteamientos esenciales de la estrategia de atención primaria, hoy se expresan en las propuestas de fortalecimiento del primer nivel de atención y la generación de redes integradas de servicios de salud.(6)

Solo mediante un fuerte primer nivel articulador y resolutivo, cercano, inserto en la comunidad y accesible, es posible avanzar hacia el ejercicio del derecho a la salud para todos y se aboga por la generación de propuestas prácticas para relanzar la estrategia de APS a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. (6)

FUNDAMENTACIÓN

- En el año 2008, el Ecuador aprobó una nueva Constitución. En este nuevo marco legal, se reconoce que el Estado garantiza el derecho a la salud (articulo 32)
- **Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

OBJETIVO

Analizar los principales efectos del terremoto de Pedernales en el funcionamiento del sistema de salud en el cantón Chone, provincia de Manabí.

METODOLOGÍA

- Se realizó un estudio de caso, combinando técnicas documentales, cuantitativas y cualitativas:
- Sistematización de información epidemiológica-estadística y de producción de servicios en documentos oficiales de organismos nacionales e internacionales así como del funcionamiento de los programas de salud del Ministerio. Se analizó el periodo 2010-2016.
- Entrevistas a profundidad a directivos y responsables técnicos de los programas de salud del MSP.
- Encuestas a los usuarios de las unidades de salud de Chone.

RESULTADOS NIVEL NACIONAL

Provisión de servicios

Establecimientos de salud:

El número de establecimientos del Ministerio de Salud se incrementa en el periodo estudiado, especialmente en número de hospitales básicos que pasan de 84 a 89 en el 2106, los hospitales generales pasan de 26 a 32 de unidades de salud. (tabla 1)

Tabla 1 Número de establecimientos del MSP por tipos, 2010-2016

1. Hospitales Básicos y Generales		
Año	Hospitales Básicos	Hospitales Generales
2010	84	26
2016	89	32
Fuente: INEC. Recursos y actividades de salud 2010-2016		

RESULTADOS NIVEL NACIONAL

Provisión de servicios

Respecto a unidades de salud del primer nivel de atención (sub centros y centros de salud) no hay mayores cambios, inclusive disminuye el número total de estas unidades de salud de 1470 a 1437 en el 2016, sin embargo si es evidente el incremento de centros de salud tipo C que tienen mayor capacidad de resolución. (tabla 2)

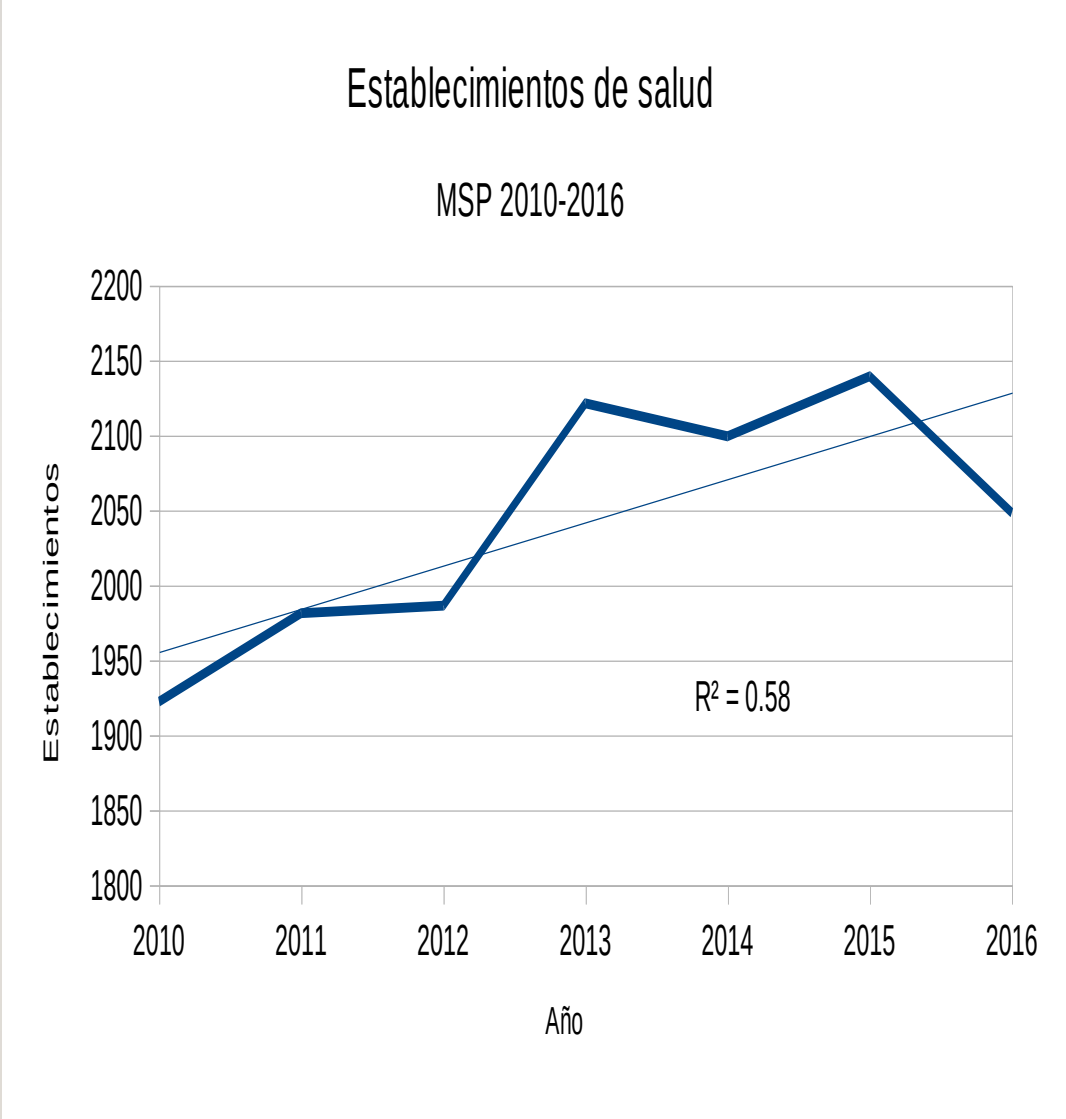
Tabla 2. Unidades de primer nivel

Año	Centros A*	Centros B	Centros C	TOTAL
2010	1470			1470
2011	1507			1507
2012	1521			1521
2013	1540	21	20	1581
2014	1534	18	17	1569
2015	1367	8	68	1443
2016	1362	10	65	1437

Fuente: INEC Recursos y actividades de salud 2010-2016

RESULTADOS NIVEL NACIONAL

Si comparamos con el crecimiento poblacional, el porcentaje de incremento de unidades del 2010 al 2016 representó un 58% con respecto al crecimiento poblacional. (Figura 1)



RESULTADOS NIVEL PROVINCIAL

Tabla 3. Recursos de salud

Manabí /Indicador	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
# hospitales	11	11	11	11	11
# centros de salud	168	168	168	168	168

Fuente: Zona 4 de salud/MSP

RESULTADOS. RRHH NIVEL NACIONAL

- El Ecuador según la OPS alcanzó la meta de tener 25 recursos humanos por 10.000 habitantes (8)
- Se pasa de 11 201 a 33 644 profesionales entre los años 2008 y 2015 (9), situación que reflejaría una continuidad de la política de recursos humanos.
- Sin embargo, otras metas de los desafíos de Toronto no se alcanzaron, por ejemplo la proporción de empleo precario que debía reducirse a la mitad, y la meta de que la proporción de médicos de atención primaria para el 2015 debía exceder el 40% de la fuerza laboral medica total. En estos indicadores el Ecuador está por debajo de lo alcanzado por Chile, Perú y Colombia. (10)

RESULTADOS
NIVEL NACIONAL. RRHH

- Pero el incremento del personal de salud no es homogéneo en todas las provincias, evidenciando una brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales.
- La tasa urbana de médicos fue de 29,01 y la tasa rural de 5,42 por 10.000 habitantes (8,11).
- Esta inequidad refuerza el modelo hospitalario ya que la mayor cantidad de personal de salud está en las grandes ciudades donde están los principales hospitales.
- Este modelo implica menor personal de salud para la atención primaria.

RESULTADOS NIVEL NACIONAL. RRHH

Médicos. La tasa por 10.000 habitantes de médicos del MSP en el Ecuador representa menos de la mitad de la tasa de médicos a nivel nacional.

Para tener una idea comparativa con otros países suramericanos la tasa de médicos por 1000 habitantes en Uruguay es de 3,94 y en Argentina de 3,76 (indexMundi, 2018).

Tabla 4. Médicos del país comparados con el MSP

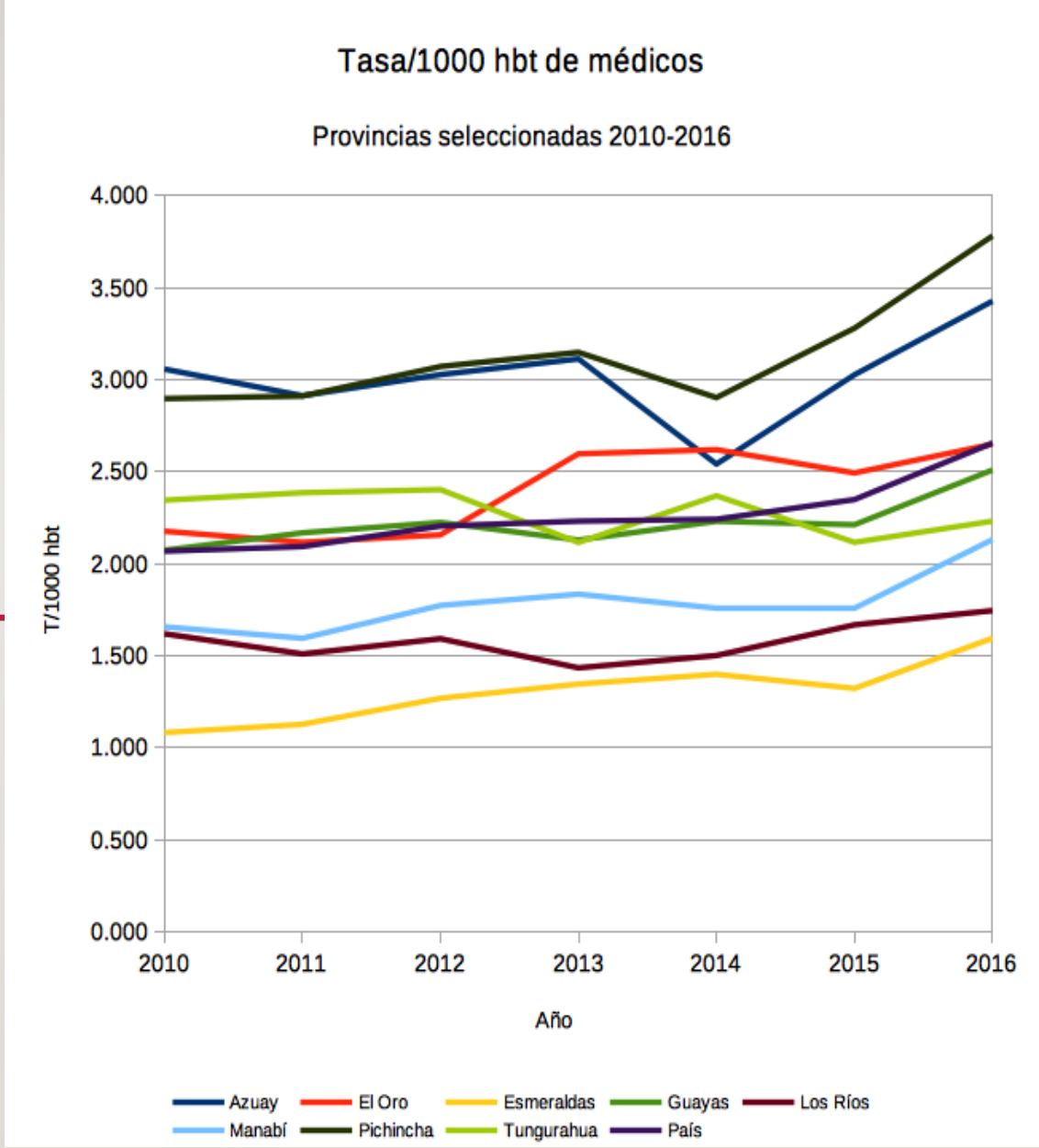
AÑO	MSP		TOTAL PAIS	
	Médicos	T/10 000	Médicos	T/10 000
2010	9015	8.73	30974	20.63
2011	9437	9.23	31879	20.88
2012	10726	10.03	34141	22.00
2013	12044	11.07	35118	22.26
2014	12398	11.18	35843	22.36
2015	13427	11.90	38145	23.43
2016	15852	13.82	43792	26.49

Fuente: INEC, Recursos y Actividades de salud, 2010-2017

RESULTADOS NIVEL PROVINCIAL

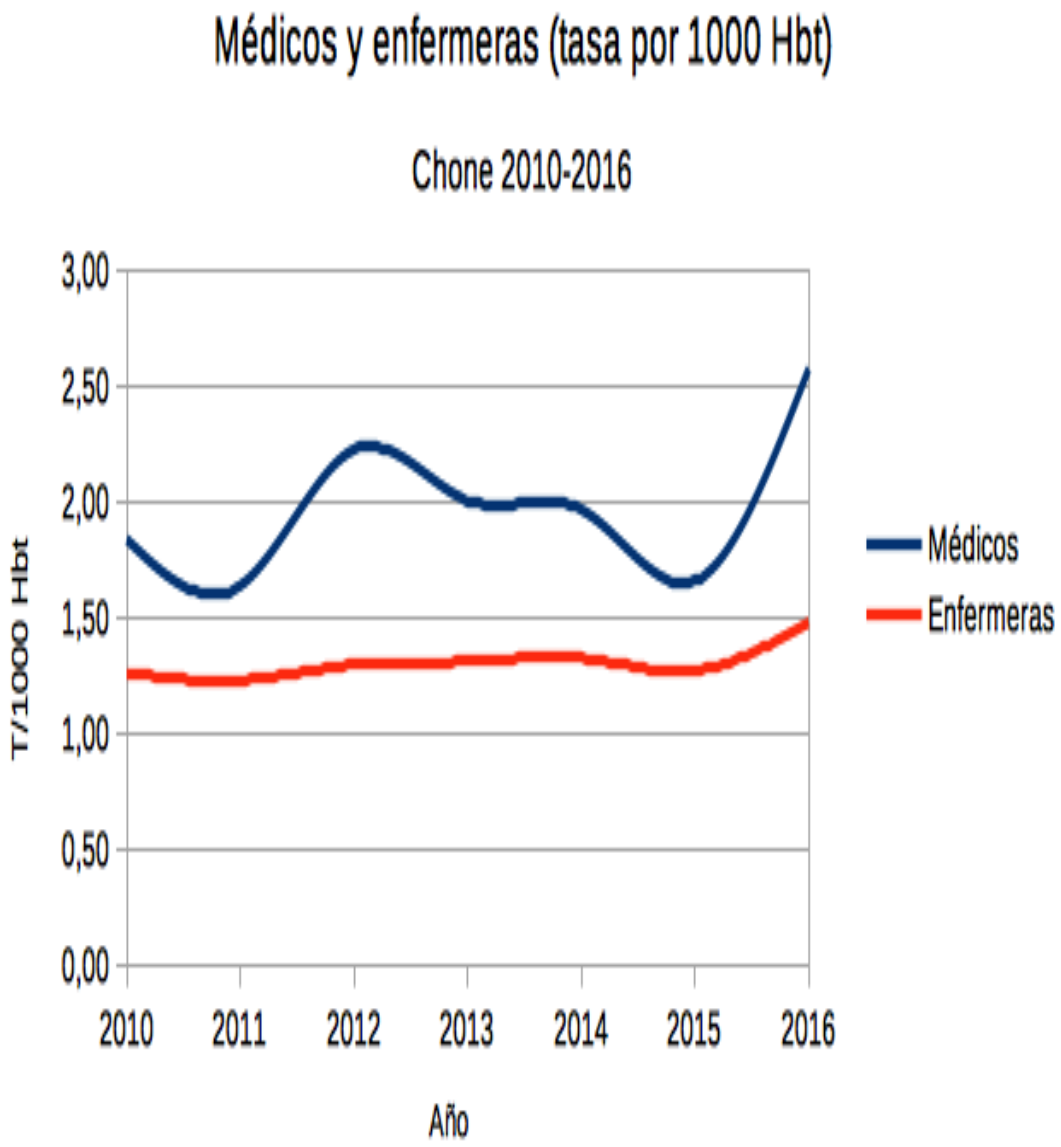
Las provincias que superan la tasa nacional de médicos por 1000 hbt son Pichincha y Azuay.

En cambio Manabí, Los ríos y Esmeraldas están en notoria inferioridad en su dotación de médicos. (Figura 2)



RESULTADOS CHONE

Si se relaciona el número de médicos y enfermeras asignados a Chone podemos notar la tendencia a la baja en la tasa por 1000 hbt del personal médico desde 2012 a 2015 con un incremento en 2016.



RESULTADOS

En Chone la proporción de médicos en primer nivel de atención esta entre el 24 y 30%, lo cual no alcanzaría la meta recomendada por la OPS que por lo menos el 40% de los médicos deben estar en atención primaria.

En el 2016 (año del terremoto) llega al 37% pero luego regresa a los valores de los años anteriores al terremoto.

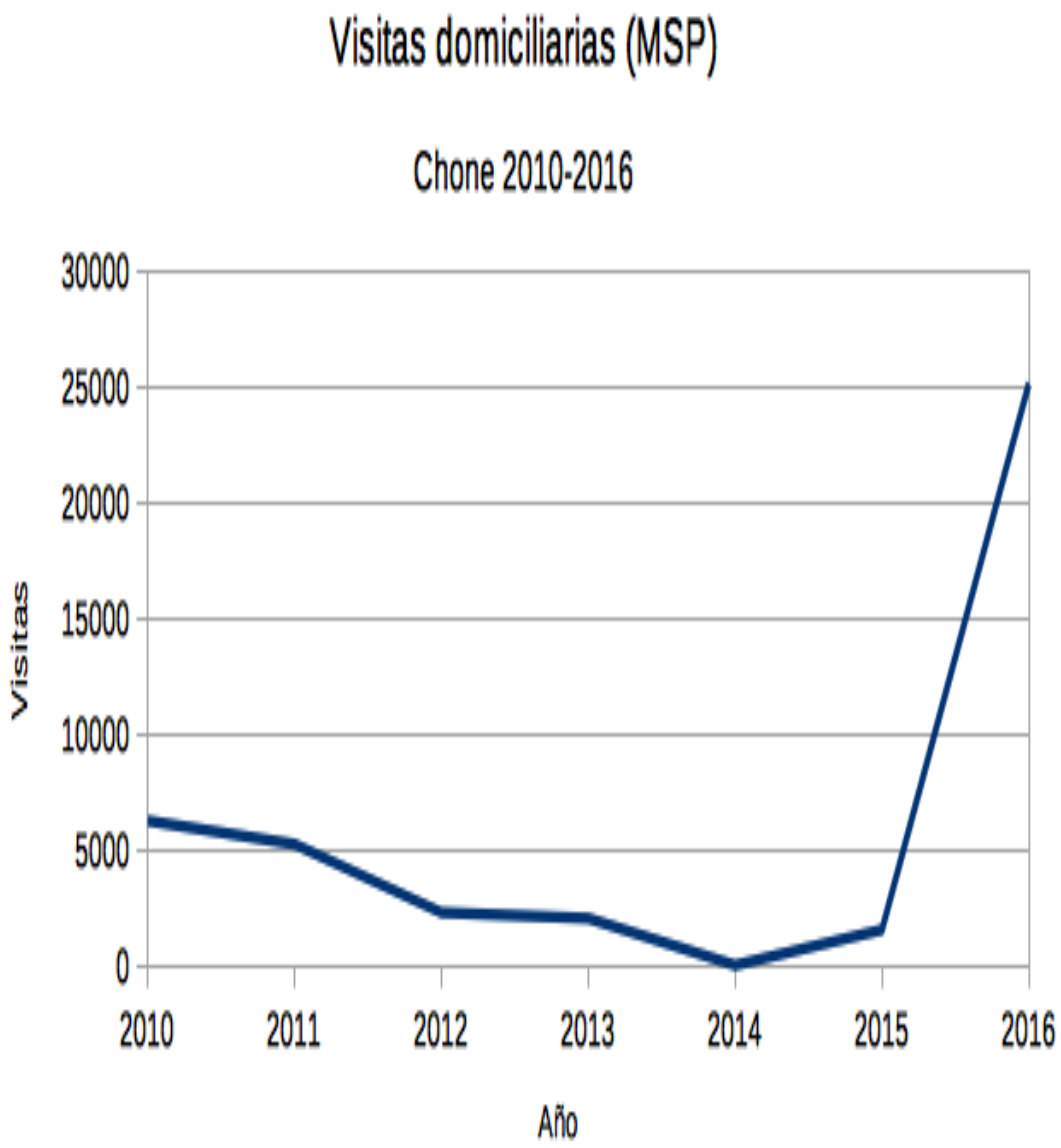
RESULTADOS CHONE

Visitas domiciliarias

Se consideró únicamente al MSP para analizar este tipo de servicio ya que representa casi el 100% de la actividad.

Existe un fuerte incremento en 2016 que podría deberse a las acciones posteriores al terremoto de abril con visitas a domicilios afectados y a albergues.

Estos datos demostrarían que las visitas domiciliarias en los últimos años no van acorde con el modelo de atención basado en la familia y comunidad.



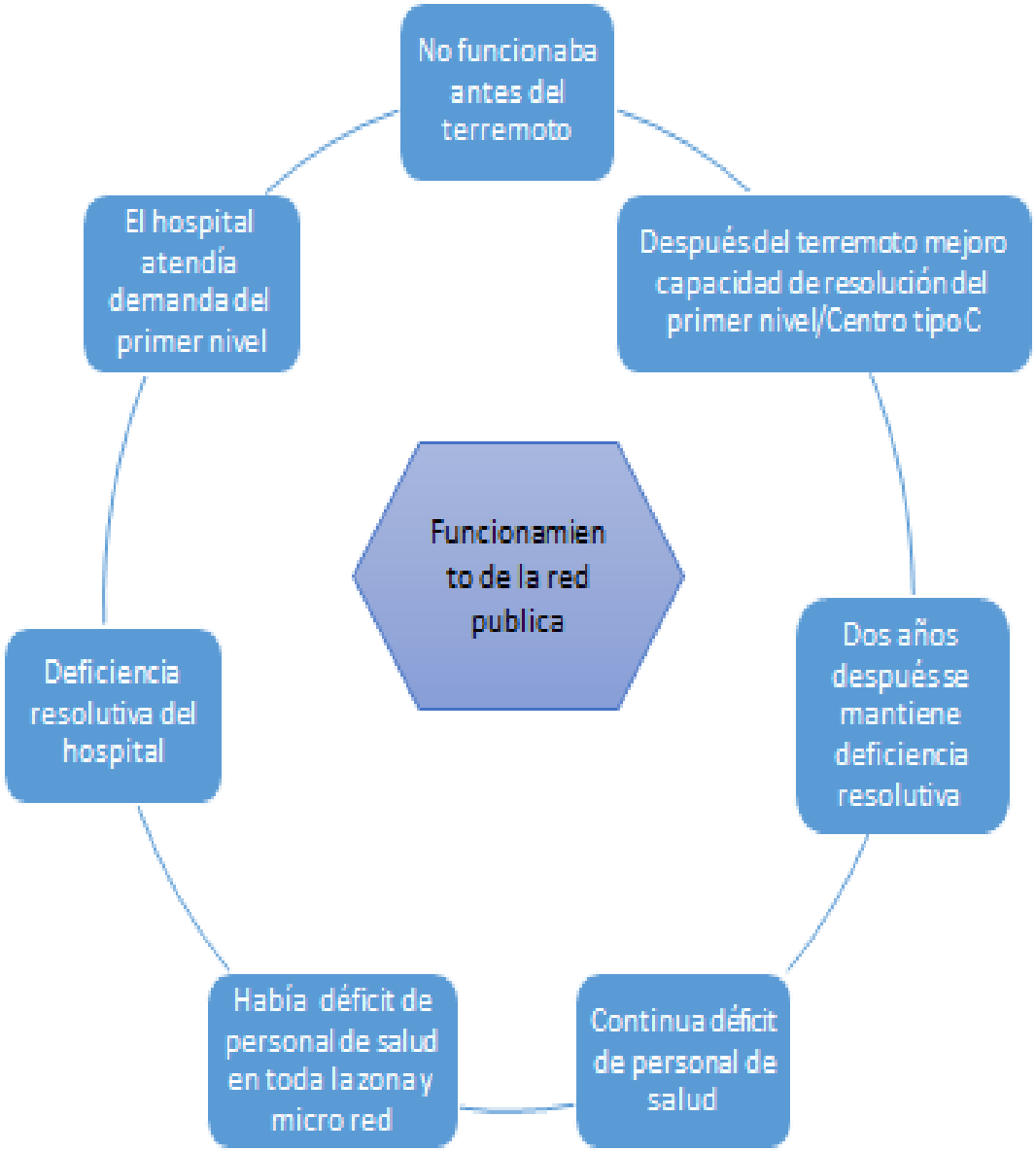
RESULTADOS CHONE RED PUBLICA DE SALUD

En relación al funcionamiento de la red pública de salud, en el cantón Chone:

“La red no funcionaba antes del terremoto y empezó a funcionar después no como consecuencia al terremoto sino como un proceso que tenía que darse como consecuencia de trabajo previo de la zona” (001).

Es decir la propuesta de trabajar en red para una mejor atención integral y oportuna a los pacientes mediante la articulación y complementación de servicios recién empezó en el año 2016 a pesar de que es un proceso que debió darse años atrás.

“En nuestra zona tenemos deficiencia resolutiva como hospital general de algunas especialidades como por ejemplo resolvemos muchísimo alarmas maternas de las unidades, pero neonatología no podemos resolver, es un tema muy crítico en toda la zona ni siquiera en nuestra micro red, eso nos merma alguna capacidad resolutiva” (001).


No funcionaba antes del terremoto
Después del terremoto mejoro capacidad de resolución del primer nivel/Centro tipo C
Dos años después se mantiene deficiencia resolutiva
Continua déficit de personal de salud
Había déficit de personal de salud en toda la zona y micro red
Deficiencia resolutiva del hospital
El hospital atendía demanda del primer nivel
Funcionamiento de la red publica

RESULTADOS CHONE **MODELO DE ATENCIÓN**

Lo que ocurre en el distrito de salud de Chone ratifica lo observado a nivel nacional:

No logra implementarse completamente el modelo, lo cual se explica por el predominio del modelo de atención hospitalaria en el cual se prioriza la atención de la enfermedad y no la prevención.

No se asignan suficientes recursos ni financieros ni de personal de salud.

No ha existido continuidad en la implementación de este modelo ya que en los últimos 10 años cada nueva gestión técnica que llega a dirigir el Ministerio de Salud reinicia este proceso, situación que se da al parecer sin hacer evaluaciones de lo implementado anteriormente dándose una especie de reinicio permanente.

RESULTADOS. MODELO DE ATENCIÓN

- **“Yo soy EAIS empecé como EBAS y para mí hubo un lapso en el cual lo que realmente fue el MAIS y a lo que fue enfocado se perdió mucho tiempo que ahora se quiere recuperar con médico del barrio En el 2007 se implementan los grupos EBAS pero tuvo su auge como hasta el 2013 como eran: puerta a puerta hasta 2013 2014 podríamos decir 2007 empiezan”** (005).

- **“A mi parecer es lo mismo el médico del barrio es lo mismo… se cae acá del 2013 a 2017 esa caída es por falta de personal porque la estrategia varió porque una gran demanda de morbilidad... es para cubrir la demanda de los sub centros de salud hay años en que vienen 90 rurales hay año que viene en 50 rurales hay años en que vienen 60 entonces todos esas brechas que tenemos debemos cubrirlas con el personal”** (005).

RESULTADOS MODELO DE ATENCIÓN

En este modelo de atención son claves los profesionales rurales y médicos contratados que laboran en los centros de salud, ellos se encargan de actividades extramurales de vacunación, seguimiento a pacientes, captación de embarazadas con riesgo, pacientes vulnerables, conforman los equipos de atención integral de salud (EAIS).

La debilidad del modelo son los insuficientes equipos de salud para las actividades comunitarias,ya que tienen que dividir su tiempo dando consulta de morbilidad en los centros de salud por la alta demanda.

De tal forma que no se alcanza hacer adecuadamente el trabajo comunitario.

RESULTADOS MODELO DE ATENCIÓN

“Hay comunidades que no están cerradas, es decir que no están completados, faltaría completar. O sea, las comunidades nos ayudan y así se saben cuántas personas hay, pero ahí que nuestros equipos lleguen es muy difícil” (008).

RESULTADOS MODELO DE ATENCIÓN

Antes del terremoto no habían todos los equipos EIAS, pero mejoró temporalmente después del pos terremoto inmediato pero posteriormente volvió a la situación inicial de falta de personal.

“Luego del terremoto nos dieron prioridades porque hasta antes del terremoto nosotros teníamos alrededor de 32 equipos de EAIS, máximo llegamos a 34. Pero después del terremoto, nos dieron prioridad en el envío de rurales, tal es el caso que llegamos a tener más de 15 equipos en Flavio Andrade y en Chone llegamos a tener como 64. Llegamos a tener como 74 equipos de EAIS, que era lo que debíamos tener. Ya en el 2017 ya se fueron, han disminuido poquito” (008).

RESULTADOS MODELO DE ATENCIÓN

En el año rural los profesionales rurales deben terminar de realizar las fichas familiares de las comunidades asignadas, pero esto no se cumple.

”La dra. tiene asignado “el paraíso” con 150 familias, pero ha cumplido con el 20% de su población ya que es una población bastante grande. Se supone que la atención debe ser 50 – 50, 50 en el centro de salud y cincuenta en la comunidad, pero por falta de personal no se puede realizar las salidas. Por ejemplo, cuando hay campañas de vacunación no podemos salir, no hay personal completo… yo salgo a hacer mis visitas sola” (009).

RESULTADOS
MODELO DE ATENCIÓN

Las dificultades señaladas por los funcionaros giran alrededor de:

- La asignación insuficiente de recursos.
- Alta presión que reciben los técnicos para cumplir las programaciones a pesar de no haber recursos.
- Las actividades de promoción y prevención no se asumen como una responsabilidad institucional dejando al funcionario prácticamente con su compromiso personal de conseguir colaboraciones de otras instituciones para poder cumplir con las acciones programadas.

RESULTADOS
MODELO DE ATENCIÓN

CONCLUSIONES

- A nivel nacional se evidencian avances como la conformación de la red pública integrada de salud, el incremento del personal de salud, incremento de hospitales y equipamiento médico, sin embargo, no ha sido un avance continuo ni integral en todo el sistema.
- Esta poca continuidad y el peso del enfoque biomédico que enfatiza la atención hospitalaria y los intereses que giran a su alrededor, no ha permitido la consolidación del modelo de atención primaria, lo cual se refleja en la alta demanda de atención de morbilidad en los hospitales y centros de salud y el poco impacto de las acciones a nivel domiciliario y comunitario en la prevención de los problemas prevalentes de salud en la comunidad.

CONCLUSIONES

- Las diferentes gestiones técnico-políticas que ha conducido el Ministerio de Salud han procurado avanzar en la dirección señalada por la Constitución. Pero han existido etapas de avances y otras de enlentecimiento incluso de reformulación de enfoques y programas de salud.
- En ese sentido el sistema de salud del Ecuador no logra aun alcanzar plenamente objetivos sanitarios que impacten en la mejora de la calidad de salud y de la atención de salud.
- No es suficiente el aumento del número de consultas médicas, estas deben reflejarse en un impacto real para la población. Por ejemplo la mortalidad materna no desciende a niveles recomendados internacionalmente y la persistencia de brotes epidémicos o demora en su control son indicadores de que el componente preventivo es débil.

CONCLUSIONES

- Esta poca continuidad o falta de sumatoria de progresos no ha permitido la consolidación del modelo de atención primaria en estos años, lo cual se refleja en la alta demanda de atención de morbilidad en los hospitales y centros de salud y poco impacto de las acciones a nivel domiciliario y comunitario en la prevención de los problemas prevalentes de salud en la comunidad.
- Por ejemplo, entre el 2007-2010 se hizo énfasis en la propuesta de Trasformación del sector salud, en el periodo 2013-2016 se plantea la Reforma del sector salud.
- En un inicio se implementaron los equipos básicos de salud (EBAS), posteriormente los equipos de técnicos de atención de salud (TAPS) y finalmente el programa Médico del Barrio.

CONCLUSIONES

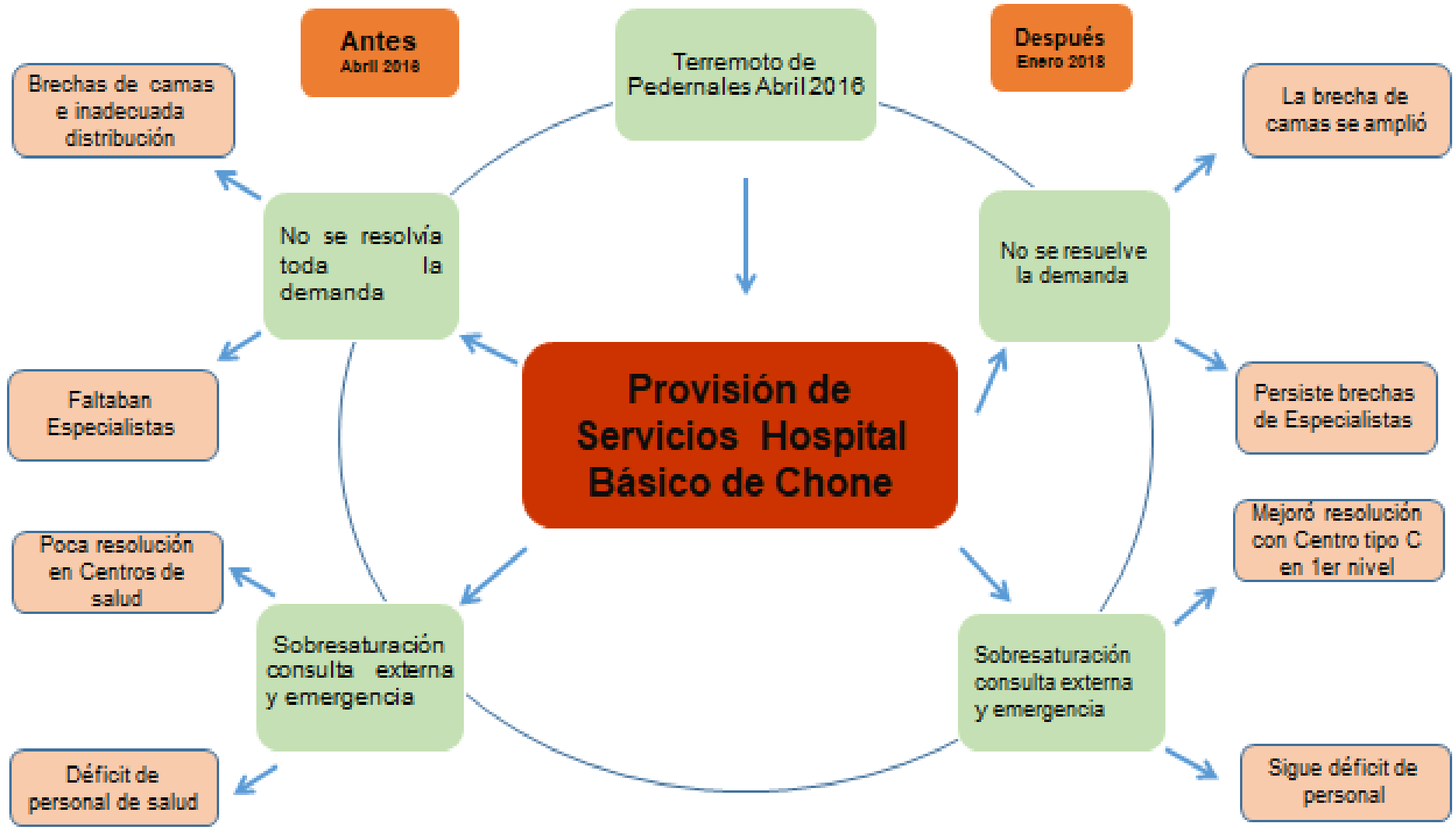
- Si bien estos programas al parecer proponen lo mismo, será necesario evaluar y evitar que cada gestión política que llega al ministerio de salud no este reiniciando programas sino que persiga la continuidad en las políticas públicas con los ajustes que resulten de las evaluaciones.

- La sobredemanda de atención de morbilidad podría estar reflejando la debilidad en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- Lo cual se explicaría por el déficit de personal de salud para realizar estas funciones en la comunidad y también por el modelo con el que se organiza la atención. Se requiere evaluaciones permanentes.
- Respecto al financiamiento se prioriza las acciones hospitalarias y no hay definiciones claras respecto al financiamiento de acciones preventivas comunitarias.
- Se puede decir que en Ecuador el modelo de atención primaria está en proceso de implementación (12) y necesita fortalecerse y consolidarse para que produzca impacto beneficioso.

CONCLUSIONES



Recomendaciones ante un terremoto
Solidaridad
Coordinar las acciones y cuidar sistema de información
El nivel central del MSP debe ser un soporte y no recargar tareas y solicitud de informes
Supervisión
La ayuda no debe ser una carga
Estar preparado para todo tipo de contingencia
Priorizar las acciones/agua segura

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Secretaria técnica de Gestión de riesgos, informe 71 del 19 de mayo 2017, disponible en: http://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/05/INFORME-n71-SISMO-78-20302.pdf

(2) World Health Organization. Everybody's business–strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007.

(3) Cañizares, Ricardo. Evolución del Sistema de Salud del Perú, UNMSM.Tesis doctoral, 2016.

(4) Roncarolo F, Boivin A, Denis J-L, Hebert R, Lehoux P. What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature. BMC Health Serv Res. 8 de septiembre de 2017;17(1):636

(5) OPS. Número especial sobre atención primaria de la salud en las Américas: a 40 años de Alma-Ata https://www.paho.org/journal/index.php?option=com_content&view=article&id=251:primary-health-care-alma-ata&Itemid=861

(6) Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e104. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104

(7) Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e126. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126

(8) Ecuador [Internet]. Health in the Americas 2017. 2017 [citado 24 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=ecuador

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. Espinosa V, Acuña C, de la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. 2017.

10. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud. ORAS/CONHU. Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud. 2015.

11. Medición y Monitoreo de Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud | Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud [Internet]. [citado 30 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/?q=node/368

12. ISAGS-UNASUR. Atención primaria de salud en Suramérica. Rio Jan ISAGS-UNASUR Retrieved Novemb. 2015;30:2015.

CRÉDITOS

PROYECTO SINDE-UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL . 2017-2018

Equipo de Investigación

- Ricardo Cañizares Fuentes. Director
- Giaffar Barquet Abbi Hanna
- Carlos Santana
- Gabriela Mena R
- Melba Morales

SINDE

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INSTITUTO DE BIOMEDICINA

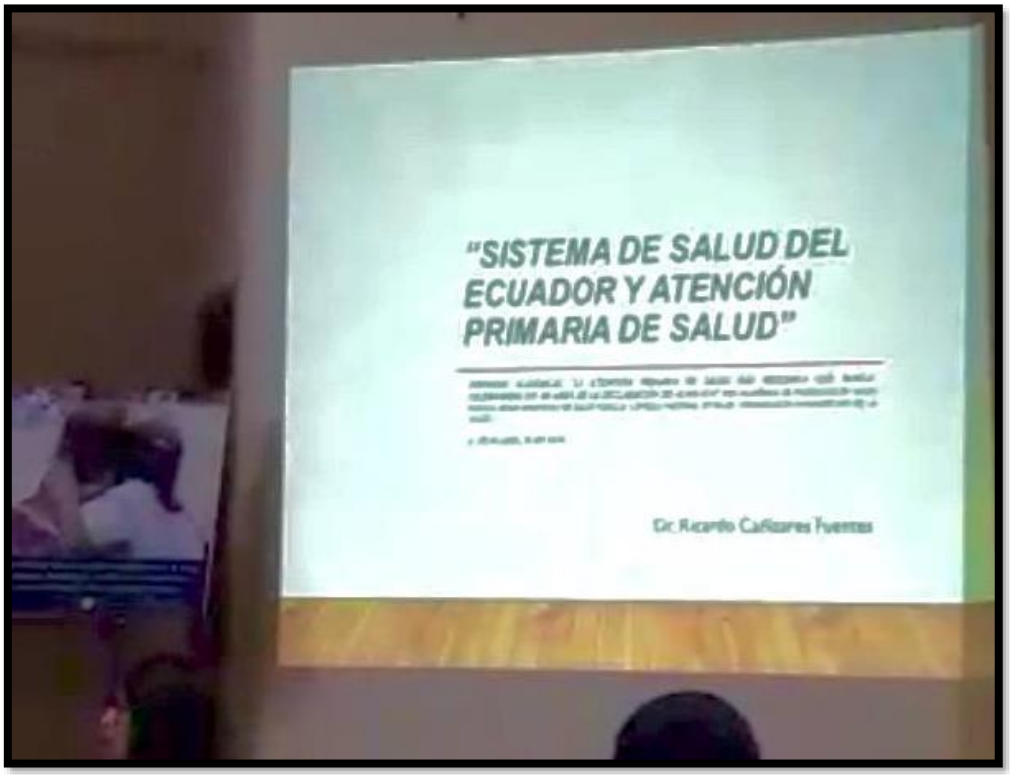
Estudiantes de medicina y Enfermería:

- Jhon Domínguez
- Arturo Moreno
- José Moreira
- Tamara Núñez

GRACIAS

Email: wcanizar@hotmail.com

Anexo: Primer evento



Anexo: Segundo evento